

„Psychologowie listy piszą...” - analiza dyskursu porad psychologicznych udzielanych przez psychologów online

Psychologiczne poradnictwo online – przegląd badań

Terapia online pojawiła się około 1990 roku. Początkowo odnoszono się do takiej innowacji z dużą ostrożnością i sceptycyzmem (Reynolds i Morris, 2002); z czasem zaczęto odkrywać jej zalety. Pacjenci chwalili anonimowość i łatwość komunikacji; terapeuci zauważali większą otwartość i szybciej pojawiającą się chęć ujawniania informacji, których pacjenci unikali na tradycyjnych sesjach (Anthony, 2010; Chester i Glass, 2006; Grunwald i Wesemann, 2007; Guthelli i Simon, 2005; Robinson i Serfaty, 2003; Shaw i Shaw, 2006; Starzomska, 2007). Istotną cechą pomocy online jest jej szybkość i nastawienie na kontakt krótkoterminowy, a także cena, znacznie niższa niż terapii standardowej (Grunwald i esemann,, 2007; Harwood i in., 2011). Wśród badaczy można zauważyć skrajnie odmienne stanowiska co do zalet kontaktu z klientem przez Internet. Cechy charakterystyczne dla kontaktu e-mailowego często uznaje się zarówno za pozytywne, jak i negatywne. Przeważnie kontakt e-mailowy poddaje się krytyce ze względu na brak emocjonalnego kontaktu („ciepła”), bezosobowość i możliwość głębokich nieporozumień pomiędzy klientem i psychologiem (Starzomska, 2007).

Dodatkowe utrudnienie to brak międzynarodowych ustaleń co do regionalnego zasięgu praktyk oraz objęcia ich normami prawnymi i potrzeby nadzoru ze strony profesjonalnych instytucji. American Psychological Association (APA) nie zajęła do tej pory oficjalnego stanowiska w sprawie pomocy psychologicznej online (Anthony i in., 2009). W Kodeksie Etyki American Psychological Association z roku 2002 zawarto jedynie oświadczenie na temat usług świadczonych przez telefon, telekonferencję i Internet. Stwierdza się w nim, że Kodeks Etyki dotyczy także działań terapeutycznych prowadzonych przez transmisję elektroniczną, ale nie precyzuje się zasad działania takiej terapii (APA, 2002).

Cel badania, podstawy teoretyczne, opis badania

Celem niniejszych badań jest analiza strategii pomocowych najczęściej używanych przez psychologów online podczas korespondencji asynchronicznej/e-mailowej. Dokonano krytycznej analizy dyskursu 25 listów od osób przedstawiających się jako psychologowie na stronach Internetowych oferujących pomoc psychologiczną online.

W pracy bazowano na metodologicznych założeniach społecznego konstrukcjonizmu. Zgodnie z tym paradygmatem zakłada się, że w języku dokonywana jest konstrukcja świata, gdyż język nie jest transparentnym medium, za pomocą którego wyraża się myśli, lecz konstruuje rzeczywistość przez określone użycie (Gergen, 1985; Hayes i Oppenheim, 1997; za: Ziółkowska, 2009). Do analizy danych przyjęto metodę Krytycznej Analizy Dyskursu (KAD) w ujęciu Normana Fairclougha, który rozumie dyskurs jako semiozę: „wytwarzanie znaczeń poprzez bogactwo środków semiotycznych, obejmujących język werbalny” (Fairclough i Duszak, 2008, s. 8). Jest to metoda skoncentrowana na analizie sposobów użycia języka. Nie zajmuje się przy tym językiem czy dyskursem samym w sobie, lecz zagadnieniami dotyczącymi procesów społecznych, na przykład związanych z edukacją, bezrobociem czy pozycją kobiet (Fairclough i Duszak, 2008).

Przygotowując materiał badawczy wyselekcjonowano strony Internetowe świadczące pomoc psychologiczną online według następujących kryteriów:

- Strona pojawiała się w wyszukiwarce Google po wpisaniu słów kluczowych: „psycholog online”.
- Na stronie znajdowała się informacja o usłudze porady psychologicznej przez Internet lub pomocy psychologicznej online w formie konsultacji e-mailowej.
- Znajdowała się tam również informacja o osobie, która udziela odpowiedzi na listy; było podane jej imię i nazwisko oraz informacja, czy jest ona psychologiem, psychoterapeutą czy psychiatrą.
- Na stronie można było odnaleźć zasady współpracy: cennik, sposób kontaktowania, informacja o poufności danych, sposób zapłaty i regulamin.

Na podstawie powyższych kryteriów dokonano wyboru 35 stron Internetowych oferujących pomoc psychologiczną online.

W artykule używane będą określenia: psychologowie, terapeuci, psychoterapeuci oraz psychologowie online. Za każdym razem, gdy mowa będzie o adresatach listu, autorka tekstu ma na uwadze osoby podające się za psychologów (OPP).

List, który został rozesłany do e-psychologów przedstawia przypadek Anny, posiadającej wykształcenie wyższe, zatrudnionej na stanowisku menedżerskim w korporacji. Do kontaktu skłoniło ją uczucie smutku trapiące ją od ponad dwóch miesięcy, kłopoty ze snem, poczucie zagubienia, stres związany z pracą oraz ataki duszności na zebraniach w pracy. W dalszej części artykułu stosuje się skrótowe określenie: list Anny¹.

List Anny został wysłany do OPP wytypowanych według przyjętych kryteriów w przeciągu trzech dni w połowie października 2011 roku, z konta założonego na Gmail-u. Otrzymano 32 odpowiedzi. Do badania wyselekcjonowane zostało 25 listów, które stanowią bardziej rozbudowaną korespondencję pomiędzy nadawcą listu (Anną) a OPP. Odrzucone siedem listów to krótkie informacje odmowne, korespondencja wyjaśniająca funkcjonowanie strony czy ustalanie sposobu płatności.

Strategie pomocy stosowane przez e-psychologów

Analiza 25 listów od psychologów online pozwala poznać strategie pomagania, jakie najczęściej stosują e-psychologowie.

Amplifikacja objawów

W listach od e-psychologów spotykamy się z formami narracji, które wyolbrzymiają rozmiary objawów chorobowych Anny. OPP przewidują pogorszenie jej stanu zdrowia zarówno pod względem psychicznym, jak i fizycznym, poprzez intensyfikację objawów, kolejne etapy pogarszania się nastroju oraz obronne reakcje organizmu, które mogą prowadzić do poważnych chorób somatycznych.

Przykład 1:

Pani **nastrój będzie coraz gorszy i coraz trudniej będzie znaleźć** w sobie **energię** na dalsze działanie. (list nr 9)

Przykład 2:

Zwykle jest tak, że jeśli nie zacznie Pani nad tym pracować pod okiem specjalisty lub sama to **objawy będą się zaostrzały**. (list nr 10)

Przykład 3:

W mojej opinii **nie ma podstaw do nadziei**, że objawy te same ustąpią (...) (list nr 11)

¹ Całość korespondencji do Anny oraz list Anny zostały dołączone do pracy magisterskiej, której częścią jest niniejszy artykuł.

Przykład 4:

Dłuższe pozostawanie w takiej sytuacji **grozi załamaniem fizycznym** (może doprowadzić nawet do zawału czy wylewu, a w każdym bądź razie do **konieczności hospitalizacji**) a **następnie psychicznym**. (list nr 21)

Przykład 5:

Ewidentnie jest Pani przeciążona i straciła Pani dystans do własnych problemów **co grozi kolejnymi przeciążeniami** a w konsekwencji **poważnym załamaniem nerwowym**. (list nr 14, pisownia oryginalna)²

Powyższe zdania zawierają wiele słów niosących lęk i strach: „grozi”, „coraz gorszy”, „coraz trudniej”, „grozi załamaniem”, „nie ma (...) nadziei”. Takie ich nagromadzenie wskazuje na autorytatywne przewidywanie przyszłości, która pojmowana jest jako jednowymiarowa, wektorowa i nakierowana na rozwój choroby. Znaczące jest, że w wielu listach sytuacja Anny postrzegana jest w przesadnie negatywny sposób. Jej problemy i trudności zostają w ten sposób nadmiernie udratyzowane.

Oprócz przewidywania pogorszenia obecnego stanu zdrowia OPP prognozują też negatywne zmiany w życiu prywatnym, jakie niebawem mogą nastąpić w życiu klientki.

Przykład 6:

„(...) jest Pani jeszcze w tej dobrej sytuacji, że mąż to wytrzymuje. Może stać się jednak tak, że **pracę Pani straci, a dom będzie pusty, przyjaciół nie będzie**... proszę to rozważyć (list nr 1)

Przykład 7:

Stoi Pani przed wyborem:

... świadome : **zaciskanie pasa**.. zmiana pracy **..oszczędności**, zmiana stylu życia.. **ograniczanie konsumpcji** ale.. być może z większą satysfakcją z relacji z bliskimi albo..

strata zdrowia psychicznego... i zmuszeniedo zaciskania pasa...(list nr 4, pisownia oryginalna)

OPP zdają się zakładać, że negatywne zmiany nastąpią nie tylko w relacjach klientki z bliskimi jej osobami, ale także na gruncie finansowym. Wybór życiowy zaprezentowany klientce w przykładzie nr 7 w gruncie rzeczy oznacza założenie braku wyboru albo wyboru tzw. mniejszego zła, gdyż pozostawanie w obecnej sytuacji przyniesie wyłącznie negatywne skutki. Co prawda zmiana jej sytuacji życiowej „być może” zostanie nieco złagodzona przez pogłębienie relacji z bliskimi, ale i tak towarzyszyć temu będzie zdecydowane pogorszenie sytuacji materialnej. Innymi słowy klientka ma szansę uniknąć problemów psychicznych, nie ucieknie jednak przed kłopotami finansowymi.

W jednym zaledwie liście na 25 przyjętych do analizy pojawiają się odniesienia nie bezpośrednio do objawów, lecz do bieżącej sytuacji klientki. Uzyskuje ona w nich zapewnienie, że jej stres i poczucie zagrożenia jest naturalną reakcją na trudności, których doświadcza.

Przykład 8:

Podsumowując jest Pani w obiektywnie trudnej sytuacji, w naturalny sposób będącej źródłem stresu. (...) Trudno oczekiwać, że w tym czasie Pani będzie się czuła lekko i przyjemnie. (...) **W takiej sytuacji zupełny spokój, rozluźnienie i zadowolenie byłoby mało adekwatne**. Nie jest dobrze, jak nasze emocje nie są powiązane z tym czego doświadczamy. (list 13)

Taka interpretacja trudności Anny pozwala na ukazanie jej problemów z innego punktu widzenia, z perspektywy zaangażowanego, lecz obiektywnego psychologa, który jednocześnie przekazuje tym samym uspakajającą informację: Pani reakcja jest adekwatna do sytuacji. Taka strategia pomagania pojawia się w listach od OPP jedynie raz, w liście nr 13, nie można jej zatem przyjąć za charakterystyczną dla badanej korespondencji.

Przedwczesne diagnozowanie

W analizowanej korespondencji e-psychologowie prezentują siebie i psychologię jako jedyny możliwy ratunek dla trudności Anny. W 23 listach pojawiają się sugestie, że wyłącznym sposobem zaradzenia problemom klientki jest spotkanie z psychologiem i rozpoczęcie terapii. Dodatkowo w ponad połowie

² W całości cytowanej korespondencji zachowano oryginalną pisownię.

listów, wbrew zapowiedziom i przyjętym pryncypiom prezentowanym w opisie usługi na stronach internetowych, e-psychologowie przedwcześnie stawiają diagnozę wraz z informacją o konieczności rozpoczęcia leczenia w gabinecie psychologa lub psychiatry oraz farmakologicznego. Poniżej znajdują się przykłady ilustrujące podejmowany przez nich proces diagnostyczny. Brak trybu przypuszczającego, frazy o charakterze oznajmującym, słowa typu: „bez trudności”, „bardzo charakterystyczne” świadczą o prostocie i typowości przypadku. OPP zdają się uznawać diagnozę za już postawioną.

Przykład 9:

W sumie bez trudności można wysunąć podejrzenie, że **choruje Pani na depresję** (list nr 11)

Duszność lub jakiegokolwiek pokrewne problemy oddechowe (zatykanie, trudność w zaczerpnięciu głębszego oddechu, zaciskający ucisk w obrębie szyi itp.) **są bardzo charakterystycznymi objawami lęku panicznego.** (list nr 11)

Przykład 10:

Duszności są oznaką rozwiniętej nerwicy, której podłożem jest lęk i zaniżona wartość siebie. (list nr 14)

Przykład 11:

Wygląda na to, że zaczynają się u Pani objawy **zaburzeń lękowych sytuacyjnie uwarunkowanych (zaburzenia adaptacyjne) (...) oraz depresyjnych** (list nr 20)

Z oficjalnych komunikatów i zapowiedzi na stronach internetowych psychologów online wynika, że Internet jako taki nie jest miejscem, w którym można by podjąć się postawienia diagnozy. Podkreśla się, że w odpowiedzi na list klientka może otrzymać co najwyżej poradę psychologiczną. Jednak pomimo tych deklaracji można odnieść wrażenie, że celem, jaki stawiają przed sobą OPP jest właśnie postawienie diagnozy; co więcej, dochodzi do tego mimo faktu, że klientka wcale o taką diagnozę nie poprosiła. Kilka dodatkowych przykładów przedstawia, jak często pojawiają się próby postawienia diagnozy w listach od OPP:

Przykład 12:

(...) **cierpi Pani na nerwicę** (świadczą o tym objawy: ogólny niepokój o życie, obniżony nastrój oraz symptomy wegetatywne) (...). (list nr 5)

Przykład 13:

W każdym razie to, co Pani opisuje, swoje aktualne dolegliwości, **ściśle odpowiada**, z punktu widzenia lekarza psychiatry, **depresji (prawdopodobnie z lękiem panicznym)**. (list nr 11)

Przykład 14:

Duszności są oznaką rozwiniętej nerwicy, której podłożem jest lęk i zaniżona wartość siebie. (list nr 14)

Wstępna diagnoza może stanowić formę nadania pewnej struktury treści listu od klientki, uszeregowania objawów i dzięki temu zorientowania się przez psychologa w wyborze ewentualnej strategii pomagania. Jest to ważne dla e-terapeuty, jednak z punktu widzenia samej klientki postawienie diagnozy nie jest tak bardzo znaczące. Istotne jest, aby e-psycholog potrafił dostrzec objawy i zaplanować obszary pracy z klientką. Natomiast w listach OPP diagnoza wykorzystywana jest raczej do intymidacji klientki poprzez podnoszenie konieczności kontaktu z psychiatrą i sugerowanie konieczności przyjmowania leków, niż do stworzenia planu terapii.

Przykład 15:

Dlatego **pierwsze kroki koniecznie trzeba skierować do psychiatry**, bo nie dzieje się dobrze. (list nr 16)

Przykład 16:

Zalecam Pani wizytę u psychiatry, (...) Wszystko jest po to, aby poczuła się Pani lepiej. (list nr 17)

Przykład 17:

Sugeruję najpierw lekarza psychiatrę, bo być może **warto** na ten moment **włączyć leki** (list nr 15)

Przykład 18:

Konieczne jest podjęcie leczenia farmakologicznego, bo negatywne myślenie ogarnia Panią całą (list nr 16)

Przykład 19:

Lekarz mógłby Pani **przepisać tabletki przeciwlękowe** (one działają szybko przynosząc ulgę, niestety silnie uzależniają) **lub antydepresanty o działaniu przeciwlękowym** (działają wolniej ale nie uzależniają). (list nr 5)

Przykład 20:

Leczenie depresji i lęku panicznego (...) polega na **przyjmowaniu leku przeciwdepresyjnego** – przez czas dłuższy (miesiące), a leku przeciwlękowego (**benzodiazepiny**) – przez czas krótszy (tygodnie). (list nr 11)

Przykład 21:

(...) **warto by było włączyć chociażby na jakiś czas lek**, którego nie może przepisać lekarz, np. kardiolog lub internista. (...). Leczenie depresji odbywa się poprzez terapię oraz **włączanie środków farmakologicznych**. (list nr 17)

Zalecenia tego rodzaju mogą oznaczać, że osobista sytuacja i problemy Anny są bardzo poważne. Może to prowadzić do wzbudzania lęku w klientce, tym bardziej, że nie podaje się przy tym żadnych innych propozycji ani nie zarysowuje się możliwości, jak mogłaby ona w tej sytuacji poradzić sobie inaczej. W większości listów jako jedyną możliwą efektywną pomoc przedstawia się: leki, lekarza psychiatrę i psychoterapię. Co więcej, OPP wskazują często spotkanie z psychologiem, psychiatrą i leczenie farmakologiczne jako bezwzględnie konieczność.

Przykład 22:

Z jakiego jest Pani miasta? Żadna pisemna odpowiedź nie pomoże, a bez pomocy psychoterapeuty nie poradzi sobie Pani, dlatego **musi Pani podjąć psychoterapię** (list nr 8)

Przykład 23:

Proszę się nie łudzić, że nerwica i kryzys w jakich Pani obecnie jest, **miną bez takiej pomocy**, a brak odwagi wpisuje się w Pani problemy i jest ich objawem. (list nr 8)

Przykład 24:

zdecydowanie potrzebuje Pani pomocy. Na pewno psychoterapeutycznej, a do uzgodnienia jest czy również **psychiatrycznej** (list nr 19)

Słowa nakazu typu: „musi”, „koniecznie”, „zdecydowanie”, „na pewno” uwydatniają nieodzowność rozpoczęcia leczenia. Podobną wymowę ma pytanie w przykładzie nr 22: „Z jakiego jest Pani miasta?” Można odnieść wrażenie, że sytuacja klientki jest na tyle poważna, że potrzebna jest natychmiastowa interwencja. Wyraziste w swojej wymowie jest także zdanie z przykładu nr 23: „(...) a brak odwagi wpisuje się w Pani problemy i jest ich objawem.” OPP jest tak skoncentrowany na negatywnych objawach klientki, że nie dostrzega w jej sytuacji żadnej nadziei i nawet neutralne elementy interpretuje jako objawy potwierdzające postawioną diagnozę.

Dyskurs w listach w zdecydowanej większości odnosi stan Anny do objawów psychopatologicznych; reprezentujący punkt widzenia psychologów klinicznych i zaobserwowane objawy układający w kategorię jednostki chorobowej z ICD-10 lub DSM-IV. Taki punkt odniesienia jest pod wieloma względami zrozumiały. Pomaga OPP ocenić i zinterpretować to, co pisze Anna. Świadomie przecież w wysyłanych listach do OPP zawarto klasyczne objawy depresji. Zastanawia jednak fakt, że zdecydowana większość OPP od razu postawiła diagnozę psychopatologiczną: depresja, nerwica i lęk paniczny powiązane z objawami psychosomatycznymi. Tylko w jednym liście wskazano na możliwość występowania wypalenia zawodowego, natomiast w dwóch innych zachęcano do badań kardiologicznych.

W dyskursie listów od OPP Anna nie jawi się jako osoba, która może podjąć się walki z problemem i go pokonać; lecz jako ofiara systemu korporacyjnego i własnej słabości.³ E-psychologowie koncentrują się na objawach psychopatologicznych kierując uwagę na podjęcie leczenia farmakologicznego lub skorzystanie z terapii psychiatrycznej. Zdają się utwierdzać klientkę w przekonaniu, że jest osobą bezradną wobec własnych problemów i że nie poradzi sobie bez zewnętrznego wsparcia. Spotkanie z

³ Więcej na ten temat w pracy magisterskiej autorki

psychologiem czy terapeutą ukazuje się jako forma poddania się w walce z przeciwnościami losu, jako przyznanie, że Anna nie ma w sobie już nic, co mogłoby jej w tej sytuacji pomóc.

Zachęcanie do kontaktu indywidualnego w gabinecie psychologicznym

Listy OPP są silnie nacechowane emocjonalnie i mają nierzadko dramatyczną wymowę. Jednak wydaje się, że psychologowie online często wykorzystują te negatywne emocje, wyolbrzymiając problemy klientki i przewidując poważne konsekwencje zdrowotne. Co może być przyczyną takich działań?

Możliwych odpowiedzi dostarcza dalsza analiza dyskursu badanej korespondencji. Po przedstawieniu sytuacji klientki w sposób silnie naznaczony negatywnymi emocjami, OPP proponują spotkanie w gabinecie, w ramach tradycyjnej sesji terapeutycznej. Inną propozycją z ich strony jest kontakt online za pośrednictwem Skype, czyli standardowa sesja w Internecie z opcją audiowizualną.

Przykład 25:

Moja sugestia to spotkanie i zastanowienie się nad tym wszystkim **wspólnie** (list nr 1)

Przykład 26:

Taki stan rzeczy wymaga psychoterapii (ok. kilka miesięcy). Jednorazową poradą nie jestem w stanie Pani pomóc (...) Ja ze swojej strony mogę Panią **zaprosić na terapię indywidualną**, która może się odbywać przy osobistym kontakcie lub przez skype. (list nr 2)

Przykład 27:

Po uważnym przeczytaniu Pani listu jestem przekonany, że jedyną i najlepszą drogą pomocy, jaką **mogę** Pani **zapropnować** jest **zgłoszenie się przez Panią na serię konsultacji w gabinecie**. Jedynie w warunkach indywidualnego **kontaktu w cztery_oczy będziemy mogli pochylić** się nad opisywaną przez Panią problematyką z należytą uwagą. (list nr 3)

Przykład 28:

Proponuję **konsultacje w formie rozmowy telefonicznej** (także skype) lub **bezpośredni kontakt w gabinecie**. (list nr 1)

Przekaz w prezentowanej korespondencji skonstruowany został w taki sposób, aby odbiorca podjął oczekiwane przez nadawcę działania. Może to potwierdzać często obserwowane zakańczanie korespondencji przez OPP po odmowie ze strony klientki dotyczącej propozycji wizyty w gabinecie lub sesji online za pośrednictwem Skype (13 przypadków). W pozostałych listach propozycja spotkania na tradycyjnej sesji pojawia się jeszcze osiem razy. Zatem na 25 listów do wizyty w gabinecie zachęcało aż 21 e-psychologów.

W listach nr 10 i 13 odnaleźć można niespotykaną gdzie indziej przestrzeń dla rozważań klientki nad interpretacjami OPP, co oznacza, że w dwóch listach na całość 25 analizowanych listów e-psychologowie brali pod uwagę możliwość błędnej interpretacji i poprosili o ewentualne skorygowanie jej przez klientkę:

Przykład 29:

P.S W mailu **napisałam** kilka rzeczy **od siebie**, o tym jak ja widzę niektóre sprawy. **W wielu kwestiach się mogę mylić** i są to tylko hipotezy. Jeśli tak jest to **proszę to prostować od razu i napisać jak jest** w takim razie.. (...) Może się **zdarzyć, że ja czegoś nie zrozumieć albo zrozumieć błędnie** to proszę od razu mnie poprawić i na koniec maila jeśli będzie Pani miała jakąś refleksję nt pracy ze mną to też proszę o taką informację bo każda krytyka jest dla mnie bardzo wartościowa. (list nr 10)

Przykład 30:

Później jeśli coś wyda się Pani nie jasne w mojej odpowiedzi może Pani jeszcze o to dopytać a ja odpowiem - tak więc jest to co prawda jednorazowa konsultacja ale nie ogranicza się ona do jednego tylko maila. (...) Mam nadzieję, że moja odpowiedź jest dla Pani pomocna, jeśli coś jest do dopowiedzenia lub wyjaśnienia proszę napisać mi to w mailu. (list 13, pisownia oryginalna)

Są to przykłady bardzo ważnej, z punktu widzenia praktyków psychologii online, metody budowania relacji terapeutycznej, która może powstawać w trakcie komunikacji elektronicznej. W powyższych dwóch listach prezentuje się klientce inne możliwe perspektywy jej sytuacji, podkreśla jej zasoby oraz cytuje jej wypowiedzi odnosząc się do nich wprost przez zadawanie otwartych i zamkniętych pytań. Pozostawianie

klientce przestrzeni na ustosunkowanie się do wypowiedzi e-psychologa pozwala uniknąć nieporozumień, jakie mogą powstać w trakcie kontaktu e-mailowego oraz w warunkach typowej dla kontaktu online hierarchii władzy i autorytarności (Kraus, Zack i Stricker, 2004). Jednak ze względu na małą liczbę przykładów trudno powyższe strategie traktować jako przejaw określonych tendencji w badanej korespondencji e-mailowej.

Konkluzje

Analiza listów od e-psychologów uwydatniła trzy typowe strategie pomagania: amplifikację objawów klientki poprzez przewidywanie pogorszenia stanu zdrowia i negatywnych zmian w życiu prywatnym; intymidację poprzez prezentowanie psychologii i psychologa jako jedyne go możliwego ratunku i sposobu na zaradzenie problemom; przedwczesne stawianie diagnozy wraz ze stwierdzaniem konieczności podjęcia leczenia w gabinecie psychologa lub psychiatry oraz namawianie do długofalowego kontaktu indywidualnego w gabinecie psychologicznym lub w e-gabinecie, czyli na sesje online.

Można założyć, że nadawcy komunikatu w trakcie kontaktu e-mailowego utrzymują bardziej kategoryczną postawę i wyrażają się w bardziej bezpośredni sposób, niż miałyby to miejsce w trakcie spotkań twarzą w twarz z pacjentką. Być może dzieje się tak dlatego, że kontakt e-mailowy jest dużo bardziej bezosobowy, niż rozmowa, co z kolei sprawia, że siłą rzeczy zaangażowanie psychologa w problemy klientki może być dużo mniejsze. W kontakcie e-mailowym zwraca się mniejszą uwagę na konsekwencje swoich własnych wypowiedzi, np. emocjonalne (autor wypowiedzi nie może dostrzegać reakcji odbiorcy na emocjonalny komunikat zawarty w słowie pisanym) (Naquin, Kurtzberg i Belkin, 2010). Innym możliwym wyjaśnieniem dążenia do spotkania z klientką w trakcie tradycyjnych sesji jest lepsze przygotowanie OPP do prowadzenia standardowej terapii w gabinecie psychologicznym.

Konsultacje psychologiczne świadczone kanałem internetowym stanowią wielkie wyzwanie, ponieważ używane w nich słowa są jedynym dostępnym sposobem komunikacji; nie mogą im towarzyszyć komunikaty niewerbalne, które ułatwiają bądź uzupełniają kontakt. Obie strony relacji psychoterapeutycznej, psycholog i jego klient, skazane są na taką samą trudność: nie mając dostępu do niewerbalnych komunikatów nie wiedzą, czy ich słowa zostaną zrozumiane tak, jak chcieliby, by zostały zrozumiane.

Z drugiej strony nie ma wątpliwości, że psychologiczna pomoc online funkcjonuje, będzie funkcjonować i że prawdopodobnie będzie coraz bardziej rozpowszechniona. Brak badań tego zagadnienia powoduje, że nie znamy jakości coraz ważniejszej kategorii praktyk pomocy psychologicznej. Mam nadzieję, że przedstawione badania będą stanowić impuls do głębszych studiów nad tą tematyką, przyczynią się lepszemu jej poznaniu oraz uświadomienia psychologów pracujących w ten sposób na pewne tendencyjne i potencjalnie szkodliwe działania. Być może będą też krokiem w stronę uznania potrzeby pewnych form kontroli usług psychologicznych online.

Bibliografia

- American Psychological Association (2002). Ethical principles and code of conduct. Washington, strona internetowa <http://www.apa.org>, pobrano: 30.03.2012.
- Anthony, K. (2010). Essential skills and considerations of online therapy. w Anthony, K., Nagel D.M. Online therapy: A practical guide. Sage Publishing: London.
- Anthony, K., Jung, A., Rosenauer, D., Nagel, D., M., i Goss, S. (2009). Interview with Audrey Jung, President of the International Society for Mental Health Online (ISMHO), presented at the Online Counselling and Therapy in Action conference, 25 April 2009. *British Journal of Guidance & Counselling*, tom 38, nr 4, s. 483-494.
- Chester, A. i Glass, C. A. (2006). Online counseling: A descriptive analysis of therapy services on the Internet. *British Journal of Guidance and Counseling*, nr 34, s. 145-160.

- Fairclough, N. i Duszak, A. (red.) (2008). *Krytyczna Analiza Dyskursu*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Grunwald, M. i Wesemann, D. (2007). Special Online Consulting for Patients with Eating Disorders and Their Relatives: Analysis of User Characteristics and E-Mail Content. *Cyberpsychology & Behavior*, tom 10, nr 1, s. 57 – 63.
- Gutheil, T. i Simon, R. (2005). E-mails, Extra-therapeutic Contact, and Early Boundary Problems: The Internet as a 'Slippery Slope'. *Psychiatric Annals*, tom 35 s. 952 - 960.
- Harwood, M., Pratt, D., Beutler, L. E., Bongar, B. M., Lenore, S. i Forrester, B. T. (2011). Technology, Telehealth, Treatment Enhancement, and Selection. *Professional Psychology: Research and Practice*, tom 42, nr 6, s. 448–454.
- Kraus, R., Zack, J. S. i Stricker, G. (2004). *Online Counseling: A Handbook for Mental Health Professionals*. Elsevier Academic Press.
- Naquin, Ch., Kurtzberg, T. i Belkin, L. (2010). The Finer Points of Lying Online: E-Mail Versus Pen and Paper. *Journal of Applied Psychology*, tom 95, nr 2, s. 387–394.
- Reynolds, P. i Morris, T. (2002). Intimacy as we know it? *Counselling and Psychotherapy Journal*, tom 13, nr 3, s. 11.
- Robinson, P. H. i Serfaty, M. A. (2003). Computers, e-mail and therapy in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, nr 11, s. 210–221.
- Shaw, H. E. i Shaw, S. F. (2006). Critical ethical issues in online counseling: Assessing current practices with an ethical intent checklist. *Journal of Counseling and Development*, nr 84, s. 41–53.
- Starzomska, M. (2007). Perspektywy wykorzystania komunikacji elektronicznej w psychoterapii zaburzeń jedzenia. *Psychoterapia*, tom 1, nr 140, s. 59–73.
- Yager, J. (2001). E-mail as a therapeutic adjunct in the outpatient treatment of anorexia nervosa: illustrative case material and discussion of the issues. *International Journal of Eating Disorders*, tom 29, nr 2, s. 125-138.
- Ziółkowska, J. (2009). *Doświadczenie choroby a kryteria diagnostyczne. Analiza dyskursu wywiadów psychiatrycznych z pacjentami ze wstępnymi diagnozami zaburzeń depresyjnych*. Niepublikowana rozprawa doktorska, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wrocław.